



QUIRÓNSALUD



## En 10 preguntas

**Dr. Alexander Siles Hinojosa**

Jefe del Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Quirónsalud Málaga

# «La atresia esofágica en muchos casos no es un problema aislado»

María Bariego. MADRID

### 1. ¿Cómo de común es la atresia esofágica? ¿Es tan rara?

No es una malformación frecuente, pero tampoco excepcional. Se da en 1 de cada 3.500-5.000 recién nacidos vivos. Si lo trasladamos a la natalidad actual de España, estaríamos hablando de en torno a 65-90 bebés al año. Es decir, hablamos de una patología poco común, pero bien conocida en los equipos con experiencia en cirugía neonatal compleja. Más allá de su rareza, lo importante es que exige un diagnóstico rápido y un tratamiento quirúrgico precoz en centros muy preparados.

### 2. ¿Sucede sobre todo en los prematuros o no tiene por qué?

No tiene por qué. La atresia esofágica puede aparecer tanto en bebés prematuros como en recién nacidos a término. Es decir, no hablamos de una patología exclusiva de prematuros, sino de una malformación congénita que a menudo

se asocia a un contexto neonatal más delicado.

### 3. ¿A qué se debe?

Hoy no conocemos una causa única. Se produce durante el desarrollo embrionario, cuando el esófago y la tráquea no se separan ni se forman correctamente. En la mayoría de los casos hablamos de un origen multifactorial, en el que probablemente intervienen distintos factores genéticos y del desarrollo. A veces puede asociarse a otras malformaciones congénitas o formar parte de síndromes, pero en la mayoría de los pacientes no existe una causa concreta.

### 4. Entiendo que hay que operar al poco de nacer, ¿no?

Lo habitual es intervenir en los primeros días de vida, una vez que el recién nacido está estabilizado y el equipo ha podido valorar bien si existen otras malformaciones asociadas. En los casos más frecuentes, como la atresia esofágica con fístula traqueo-esofágica distal, lo normal es operar dentro de las pri-

meras 24-72 horas. No suele ser una cirugía que pueda demorarse mucho, porque el bebé no puede alimentarse con normalidad y existe además riesgo respiratorio.

### 5. ¿Qué malformaciones congénitas se asocian a ella?

La atresia esofágica puede presentarse de forma aislada, pero en una proporción muy importante de casos se asocia a otras malformaciones congénitas. Las más frecuentes son las cardíacas, vertebrales, digestivas, anorrectales, renales y de las extremidades. Además, en algunos pacientes forma

parte de asociaciones malformativas más amplias, como la asociación Vacterl. Por eso, cuando diagnosticamos una atresia esofágica, no solo pensamos en reparar el esófago, sino en estudiar al bebé de forma completa, porque muchas veces no se trata de un problema aislado.

### 6. Han operado recientemente una reparación de una atresia de esófago a una recién nacida de tan solo 24 horas. Lo primero, ¿cómo está la pequeña?

Está muy bien, ya en casa con su familia y alimentándose como cualquier otro bebé, que es la mejor noticia después de una cirugía así. Evidentemente, seguirá sus revisiones y controles habituales, porque el seguimiento forma parte del tratamiento y es importante acompañarlos bien en los primeros meses y años de vida. Pero su evolución está siendo muy favorable y, en su caso, todo hace pensar en un pronóstico muy favorable.

### 7. ¿Qué tipo de atresia tenía?

Se trataba de una atresia de esófago tipo C, que es la forma más frecuente. Esto significa que el esófago estaba interrumpido y que el segmento inferior se comunicaba de forma anómala con la tráquea a través de una fístula traqueo-esofágica. Aunque es el tipo más habitual, su reparación en un recién nacido de solo 24 horas de vida sigue siendo una cirugía de enorme complejidad, y más aún si se realiza por vía toracoscópica. De hecho, es la primera reparación toracoscópica de una atresia esofágica en un recién nacido realizada en la sanidad malagueña (tanto pública como privada), así como la primera llevada a cabo en la medicina privada andaluza.

### 8. ¿Qué fue lo más difícil de la intervención?

Lo más difícil fue realizar toda la reparación dentro del tórax de una recién nacida de solo 24 horas de vida y hacerlo, además, por vía toracoscópica. Fueron necesarios dos cirujanos trabajando en un espacio anatómico diminuto y extremadamente delicado, con una cámara y un instrumental de apenas unos milímetros, separando la fístula de la tráquea y reconstruyendo después la continuidad del esófago con una sutura de altísima precisión. Probablemente hablamos de una de las cirugías más exigentes de toda la cirugía neonatal mínimamente invasiva.

### 9. ¿Cuánto duró la intervención y el posoperatorio?

Fue una intervención prolongada y de enorme exigencia técnica. Pero, más allá del tiempo exacto de quirófano, lo realmente importante es que todo el posoperatorio evolucionó favorablemente, permitiendo que la pequeña pudiera recuperarse bien y regresar a casa con su familia. En este tipo de casos, el éxito no depende solo de la cirugía, sino también de un posoperatorio muy controlado y de un seguimiento estrecho en los días posteriores.

### 10. ¿Qué riesgos tiene esta cirugía neonatal?

Lo primero que hay que entender es que hablamos de recién nacidos que nacen con una malformación grave y que necesitan cirugía en los primeros días de vida para poder salir adelante. Por tanto, ya estamos ante una situación delicada, porque hablamos de bebés muy pequeños, frágiles y con un problema complejo que hay que resolver pronto. A partir de ahí, la intervención es también una cirugía de alto nivel técnico y de riesgo, pero precisamente por eso debe realizarse por equipos muy especializados.



**Esta malformación se produce cuando el esófago y la tráquea no se separan ni se forman bien»**